

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXERCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL
(Diretoria Geral do Pessoal/1860)
DEPARTAMENTO BARÃO DE SURUHY



NORMAS SOBRE ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO EXÉRCITO BRASILEIRO

Brasília - DF
2020



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXERCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL
(Diretoria Geral do Pessoal/1860)
DEPARTAMENTO BARÃO DE SURUHY

Portaria nº 178 - DGP, de 8 de setembro de 2020.

Aprova as Normas sobre Atenção Domiciliar no âmbito do Exército Brasileiro (EB 30-N-20.011).

O **CHEFE DO DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL**, no uso da delegação de competência conferida pelo art. 4º, inciso I, letra “e”, e inciso II, do Regulamento do Departamento-Geral do Pessoal (EB10-R-02.001), aprovado pela Portaria do Comandante do Exército nº 155, de 29 de fevereiro de 2016, com a finalidade de regular a Atenção Domiciliar, prevista no art. 14 da Portaria do Comante do Exército nº 492, de 19 de maio de 2020 (EB10-IG-02.031), e no § 5º do art. 14 da Portaria do Comandante do Exército nº 493, de 19 de maio de 2020 (EB10-IG-02.032), e ouvidos a Diretoria de Saúde e a Assessoria Jurídica deste Departamento, resolve:

Art. 1º Aprovar as Normas sobre Atenção Domiciliar no âmbito do Exército Brasileiro (EB 30-N-20.011).

Art. 2º Estabelecer que esta Portaria entra em vigor em 3 de novembro de 2020.

Gen Ex PAULO SÉRGIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA
Chefe do Departamento-Geral do Pessoal

Brasília - DF
2020

NORMAS SOBRE ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO EXÉRCITO BRASILEIRO

ÍNDICE DOS ASSUNTOS

	Art.
CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	
Seção I - Da Finalidade	1º
Seção II - Dos Objetivos	2º
Seção III - Das Definições	3º
Seção IV - Das Condições de Execução	4º/10
CAPÍTULO II - DOS PROCESSOS DE ADMISSÃO, DE EXECUÇÃO E DE TÉRMINO DA ATENÇÃO DOMICILIAR	
Seção I - Dos Critérios de Elegibilidade para a Admissão na Atenção Domiciliar	11/17
Seção II - Da Execução da Atenção Domiciliar	18/26
Seção III - Do Término da Atenção Domiciliar	27/28
CAPÍTULO III - DAS OBRIGAÇÕES	
Seção I - Do Beneficiário, Do Responsável Legal e Dos Familiares	29/37
Seção II - Da OCS Prestadora da Atenção Domiciliar	38/40
Seção III - Da Unidade Gestora do SSEx	41/48
CAPÍTULO IV - DAS PRESCRIÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	
Anexo A - TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	
Anexo B - ARTIGOS UTILIZADOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR	
Anexo C - TERMO DE ADESÃO PARA INCLUSÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR	
Anexo D - RELATÓRIO DE REMOÇÃO DE PACIENTE	
Anexo E - RELATÓRIO MÉDICO PARA DESOSPITALIZAÇÃO	
Anexo F - MATERIAIS NÃO COBERTOS E NÃO FINANCIADOS PELO SSEX	
Anexo G - CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS NA ATENÇÃO DOMICILIAR	
Anexo H - CONTROLE DE ATENDIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE PLANTÃO NA ATENÇÃO DOMICILIAR	
Anexo I - CONTROLE DE MATERIAIS E DE MEDICAMENTOS DISPONIBILIZADOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR	
Anexo J - CONTROLE DO FORNECIMENTO DE FÓRMULA NUTRICIONAL INDUSTRIALIZADA NA ATENÇÃO DOMICILIAR (DIETAS OU SUPLEMENTOS ESPECIALIZADOS)	
Anexo K - TERMO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO OU DO RESPONSÁVEL LEGAL PARA O RECEBIMENTO DAS FÓRMULAS INDUSTRIALIZADAS (DIETAS OU SUPLEMENTOS)	
Anexo L - RELATÓRIO PARA INDICAÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO NUTRICIONAL DO BENEFICIÁRIO EM TERAPIA NUTRICIONAL NO DOMICÍLIO	
Anexo M - PLANO TERAPÊUTICO DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO (PTCD)	
Anexo N - RELATÓRIO PADRÃO DE CURATIVOS	

NORMAS SOBRE ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO EXÉRCITO BRASILEIRO

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I
Da Finalidade

Art. 1º As presentes Normas visam regulamentar os critérios de elegibilidade e os procedimentos a serem adotados, pelas Unidades Gestoras (UG) do Sistema de Saúde do Exército, para a admissão na Atenção Domiciliar pelos beneficiários do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes, Pensionistas Militares, aos Ex-Combatentes, Pensionistas e seus Dependentes, e aos Servidores Civis e seus Dependentes da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar (PASS), e para a prestação de serviço pelas Organizações Civis de Saúde (OCS) contratadas ou credenciadas no âmbito do Exército Brasileiro, de acordo com a necessidade e a conveniência, conforme previsão do art. 14 da Portaria do Comandante do Exército nº 492, de 19 de maio de 2020 (EB10-IG-02.031), e do § 5º do art. 14 da Portaria do Comandante do Exército nº 493, de 19 de maio de 2020 (EB10-IG-02.032).

Seção II
Dos Objetivos

Art. 2º As orientações e as determinações contidas nestas Normas têm por objetivos:

I - regular a Atenção Domiciliar no Sistema de Saúde do Exército (SSEx) a ser prestada pelas Organizações Civis de Saúde (OCS) contratadas ou credenciadas;

II - padronizar os requisitos mínimos do serviço a ser prestado na Atenção Domiciliar do SSEx;

III - estabelecer condições para a execução da Atenção Domiciliar pelo SSEx;

IV - reduzir o tempo de permanência hospitalar e o número de internações hospitalares dos usuários do SSEx;

V - prevenir complicações e manifestações mais avançadas da doença;

VI - promover e apoiar a desospitalização do beneficiário;

VII - proporcionar melhor qualidade de vida ao beneficiário;

VIII - desenvolver a autonomia do usuário ao autocuidado, bem como habilitar a família para lidar com os problemas e as sequelas geradas pela patologia de base; e

IX - promover a recuperação e o bem-estar do paciente pela atenção e pela convivência com a família e a sociedade.

Seção III
Das Definições

Art. 3º Para efeito destas Normas, define-se:

I - **Atenção Domiciliar (AD):** conjunto de ações de prevenção e de tratamento de doenças, de reabilitação, de cuidados paliativos e de promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo conti-

nuidade de cuidados. Compreende duas modalidades: assistência domiciliar multiprofissional e internação domiciliar;

II - **Assistência Domiciliar Multiprofissional:** envolve ações de promoção à saúde, de prevenção, de tratamento de doenças e de reabilitação desenvolvidas em domicílio. Indicada para reabilitação das incapacidades funcionais e das circunstâncias clínicas adversas a pacientes em risco de hospitalização recorrente;

III - **Admissão na Atenção Domiciliar (AD):** ato que determina o início da prestação da Atenção Domiciliar. A admissão se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação; elaboração do Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD); consentimento, por meio da assinatura do Termo de Adesão; e a prestação do atendimento domiciliar ao paciente;

IV - **Alta da Atenção Domiciliar:** ato que determina o encerramento da prestação da Atenção Domiciliar. A alta decorre das seguintes situações: internação hospitalar; alcance da estabilidade clínica; cura; a pedido do paciente, ou do responsável; e óbito;

V - **Atendimentos Pontuais**: destinados ao tratamento de problemas agudos que demandam cuidados, com duração predeterminada. Exemplo: curativos, medicações endovenosa e sessões de fisioterapia a paciente com restrições graves de mobilidade que o impedem de se deslocar à rede credenciada ou à OMS;

VI - **Autocuidado:** é uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si só, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar;

VII - **Cuidador:** pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, que tem a responsabilidade de auxiliar o paciente em suas necessidades e nas atividades da vida cotidiana. Não faz parte da rotina do cuidador executar procedimentos técnico-científicos de competência do profissional de saúde. Porém, em casos ou em circunstâncias que demandem auxílio do cuidador, esse deverá estar presente, por exemplo, para a transferência do paciente da cama para a cadeira. Caberá à família do paciente realizar o papel de cuidador ou arcar com os custos dos serviços do cuidador remunerado;

VIII - **Cuidados Paliativos:** visam melhorar as condições de vida dos pacientes e dos familiares que enfrentam situações relacionadas à doença terminal. Buscam aliviar a dor, integrando aspectos psicológicos, espirituais e de suporte no cuidado do doente no final de vida;

IX - **Enfermeiro Auditor ou Responsável pelo Gerenciamento da Atenção Domiciliar:** analisa toda a utilização de materiais, de medicamentos, de dietas e de gases medicinais previstos no Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD) e nas autorizações prévias, a partir das observações realizadas sobre os registros, o relatório, a evolução e a prescrição de enfermagem, de acordo com as regras estabelecidas em contrato. Realiza, sempre que possível e necessário, visitas ao domicílio do paciente;

X - **Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar:** equipe técnica da Atenção Domiciliar composta por profissionais, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio;

XI - **Gerenciamento de Casos:** avaliação e monitoramento da situação de saúde de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e com dificuldades de mobilidade, estabelecendo os níveis de atenção adequados, conforme a intensidade dos cuidados indicados;

XII - **Internação Domiciliar:** conjunto de atividades técnico-profissionais prestadas por equipe habilitada no domicílio a beneficiários clinicamente estáveis com risco de hospitalização recorrente;

XIII - **Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD):** documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos, de maneira direta ou indireta, na assistência a cada beneficiário, em seu domicílio, desde sua admissão até a alta;

XIV - **Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO):** documento contendo o custo estimado para o atendimento do beneficiário na Atenção Domiciliar;

XV - **Prestadora de Atenção Domiciliar:** instituição privada responsável pelo gerenciamento e pela operacionalização do serviço de atendimento domiciliar, denominada Organização Civil de Saúde (OCS);

XVI - **Procedimentos de Enfermagem**: envolve técnicas que podem ser implementadas pela equipe de enfermagem sob supervisão do enfermeiro;

XVII - **Relatório Médico para Desospitalização**: documento que contempla o planejamento da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, devendo considerar as diversas modalidades disponíveis para o suporte ao paciente em seu domicílio;

XVIII - **Termo de Adesão:** documento de pré-requisito para a admissão do beneficiário na Atenção Domiciliar, por demonstrar o consentimento do paciente e da família; e

XIX - **Tratamento de Lesão de Pele**: destinado aos portadores de lesões cutâneas agudas ou crônicas que necessitam de acompanhamento especializado para a realização de curativos em domicílio, inclui a realização de visitas domiciliares para avaliação da ferida.

Seção IV
Das Condições de Execução

Art. 4º Os procedimentos para a contratação e para o credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) para prestarem serviços de Atenção Domiciliar previstos nestas Normas aplicam-se a todas as Unidades Gestoras do SSEx.

Art. 5º A Atenção Domiciliar será prestada por visita, pré-agendada ou programada, de equipe multiprofissional de profissionais da área de saúde, integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem e suporte de plantão.

Art. 6º A Atenção Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

§ 1º **Assistência Domiciliar:** indicada para reabilitação das incapacidades funcionais e das circunstâncias clínicas adversas a pacientes em risco de hospitalização recorrente. É prestada por visita de equipe multiprofissional de saúde, integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e técnicos de enfermagem, permitindo garantir a melhoria das atividades de vida diárias (AVD's) e a maior independência funcional do paciente. A assistência domiciliar compreende:

I - **Gerenciamento de Casos Crônicos**: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, da educação dos pacientes, de seus familiares e dos cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional, compreendendo médico e enfermeiro, obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente. Dependendo do caso, o paciente será enquadrado nos seguintes planos:

a) **Gerenciamento de Caso Básico (GCB):** considera-se elegível na modalidade, o paciente com a saúde comprometida por doença crônica estável que necessite de monitoramento menos intensivo:

1. paciente parcialmente dependente ou independente de seu cuidador;
2. paciente com pouca dificuldade de acesso à OMS ou à rede credenciada;
3. paciente que apresente histórico de internações sucessivas de curta duração, evitáveis,

e que gerem repetição de procedimentos e exames;

4. paciente e cuidador desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença; e

5. recursos básicos para a assistência: 1 (um) médico, com 1 (uma) visita por trimestre; 1 (um) enfermeiro, com 1 (uma) visita por mês; equipe multiprofissional (fisioterapeuta ou nutricionista ou fonoaudiólogo ou psicólogo ou terapeuta ocupacional), com 1 (uma) visita de avaliação inicial, por 1 (um) membro da equipe; e acompanhamento telefônico por 24 horas.

b) **Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI):** considera-se elegível na modalidade, o paciente portador de doença crônica que necessite de monitoramento intensivo, a fim de evitar hospitalização:

1. paciente com ou sem lesão de órgão-alvo;

2. paciente parcialmente dependente de seu cuidador;

3. paciente que, pelo grau de dependência, possui dificuldade de acesso considerável à OMS ou à rede credenciada;

4. paciente que apresente histórico de internações sucessivas, evitáveis, e que gerem repetição de procedimentos e exames invasivos;

5. paciente com infecções de repetição; e

6. recursos básicos para a assistência: 1 (um) médico, com 1 (uma) visita por bimestre; 1 (um) enfermeiro, com 1 (uma) visita por mês; equipe multiprofissional (fisioterapeuta ou nutricionista ou fonoaudiólogo ou psicólogo ou terapeuta ocupacional), com 2 (duas) sessões por mês, por 1 (um) membro da equipe; e acompanhamento telefônico por 24 horas.

c) **Gerenciamento de Caso Avançado (GCA):** considera-se elegível na modalidade, o paciente portador de doença crônica de difícil controle, com alto risco de hospitalização:

1. paciente com ou sem lesão de órgão-alvo;

2. paciente totalmente dependente de seu cuidador;

3. paciente que, pela dependência, possui extrema dificuldade de acesso à OMS ou à rede credenciada;

4. paciente que apresente histórico de internações sucessivas, evitáveis, e que gerem repetição de procedimentos e exames invasivos;

5. paciente com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e

6. recursos básicos para a assistência: 1 (um) médico, com 1 (uma) visita por mês; 1 (um) enfermeiro, com 1 (uma) visita por mês; equipe multiprofissional (fisioterapeuta ou nutricionista ou fonoaudiólogo ou psicólogo ou terapeuta ocupacional), com 2 (duas) sessões por mês, por 1 (um) membro da equipe; e acompanhamento telefônico por 24 horas.

§ 2º **Internação Domiciliar:** conjunto de atividades técnico-profissionais prestadas, por equipe habilitada, no domicílio, a beneficiários clinicamente estáveis, com risco de hospitalização recorrente. Indicada para pacientes em quadros agudos, crônico-agudizados, em momento de término da hospitalização, pacientes com incapacidade temporária ou permanente, quadro clínico complexo e que necessitem de equipamentos específicos e do acompanhamento do técnico de enfermagem até o restabelecimento das condições de saúde. A internação domiciliar compreende as seguintes modalidades:

I - **Internação Domiciliar de Baixa Complexidade**: esta modalidade inclui os serviços de técnico de enfermagem por 6 (seis) horas por dia, compreendendo:

a) supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar,

treinamento de cuidador/acompanhante para as atividades da vida diária, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência por 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

b) mobiliário hospitalar para o período contratado, disponibilizado pela OCS, composto por: 1 (uma) cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, 1 (uma) escadinha de 2 (dois) degraus, 1 (uma) cadeira de higiene, 1 (um) suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, aparelho de pressão, termômetro, oxímetro de dedo e 1 (um) aspirador de secreção;

c) visita do enfermeiro: programada (mensal) e nas intercorrências clínicas;

d) quando necessário, 1 (uma) maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

e) quando necessário, atendimento de profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionista.

II - **Internação Domiciliar de Média Complexidade**: esta modalidade inclui os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) horas por dia, compreendendo:

a) supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência por 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

b) o mobiliário hospitalar para o período contratado, disponibilizado pela OCS, composto por: 1 (uma) cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, 1 (uma) escadinha de 2 (dois) degraus, 1 (uma) cadeira de higiene, 1 (um) suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, termômetro, oxímetro de dedo, aparelho de pressão e 1 (um) aspirador de secreção;

c) visita do enfermeiro: programada (quinzenal) e nas intercorrências clínicas;

d) quando necessário, 1 (uma) maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

e) quando necessário, atendimento de profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionista.

III - **Internação Domiciliar de Alta Complexidade**: esta modalidade inclui os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) horas por dia, compreendendo:

a) supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência por 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

b) mobiliário hospitalar para o período contratado, fornecido pela OCS, composto por: 1 (uma) cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, 1 (uma) escadinha de 2 (dois) degraus, 1 (uma) cadeira de higiene, 1 (um) suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, termômetro, oxímetro de dedo, aparelho de pressão e 1 (um) aspirador de secreção;

c) visita do enfermeiro: programada (semanal) e nas intercorrências clínicas;

d) quando necessário, 1 (uma) maleta de emergência deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

e) quando necessário, atendimento de profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e nutricionista.

Art. 7º É conveniente que o Gerenciamento de Casos Crônicos, referido no inciso I do § 1º do art. 6º, seja realizado pela própria OMS, se houver disponibilidade de médicos e de enfermeiros na OMS para a implantação desse Serviço de Atenção Domiciliar.

Art. 8º Deverá ser estabelecida como prioridade para a elegibilidade à admissão na Atenção Domiciliar, em todas as modalidades descritas no Art. 6º, os seguintes grupos de beneficiários:

I - idosos;

II - portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;

III - portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e

IV - portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

Art. 9º Os pacientes assistidos pela Assistência Domiciliar, nas modalidades de internação domiciliar, que apresentem intercorrência clínica e necessitem de remoção para unidade hospitalar de referência ou OMS, essa deverá ser realizada pela empresa de Atenção Domiciliar ou pela empresa contratada para este fim, que deverá apresentar, junto ao faturamento da conta, relatório que comprove o atendimento (Anexo D).

Art. 10. Não será autorizada ou poderá ser cancelada a Atenção Domiciliar, nos seguintes casos:

I - não houver cuidador, pessoa da família ou contratado, capacitado para participar dos procedimentos de atenção às necessidades básicas de higiene pessoal, alimentação, troca da roupa de cama e de fraldas, e às atividades cotidianas do paciente;

II - o domicílio do usuário apresentar acesso difícil para ambulância, equipamentos ou atendimento de urgência;

III - as condições emocionais do paciente ou dos familiares inviabilizarem o tratamento;

IV - não houver aceitação ou não adaptação pelo paciente ou por sua família às normas da Atenção Domiciliar;

V - não houver aceitação da equipe multiprofissional pelo paciente, pelo responsável ou pela família; e

VI - a equipe multiprofissional da OCS ou da Unidade Gestora entender ser inviável a implementação da Atenção Domiciliar.

CAPÍTULO II
DOS PROCESSOS DE ADMISSÃO, DE EXECUÇÃO E DE TÉRMINO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Seção I
Dos Critérios de Elegibilidade para a Admissão na Atenção Domiciliar

Art. 11. Para a elegibilidade à admissão na Atenção Domiciliar deverão ser preenchidos os critérios da indicação clínica e da cobertura contratual, nos seguintes termos:

I - por solicitação do paciente ou, no seu impedimento, do familiar ou do responsável legal; ou

II - por indicação médica para desospitalização.

§ 1º Para efeitos do inciso I, o médico assistente deverá elaborar relatório consubstanciado, com a indicação para a admissão na Atenção Domiciliar e a descrição dos critérios clínicos que fundamentem a necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar.

§ 2º Para a admissão por meio da indicação médica, em decorrência da desospitalização, prevista no inciso II, deverá ser apresentado o relatório de desospitalização (Anexo E) previsto no edital.

§ 3º Fica a cargo da equipe de auditoria prévia da Unidade Gestora, composta por médico e enfermeiro, atestar a pertinência ou não da indicação para a admissão na Atenção Domiciliar, expressas nos incisos I e II, por meio de visita no domicílio do beneficiário, com a emissão de Parecer com as devidas justificativas.

Art. 12. Após a análise da pertinência da indicação de Atenção Domiciliar, a equipe de auditoria prévia da Unidade Gestora deverá solicitar o relatório de avaliação inicial, por meio do Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD), bem como a Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO).

Art. 13. O Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD) deverá seguir os critérios técnicos relacionados a seguir:

I - dados de identificação do paciente e do responsável, se for o caso;

II - diagnósticos;

III - histórico clínico do paciente;

IV - medicamentos em uso;

V - avaliação do sistema tegumentar;

VI - exame físico completo;

VII - avaliação nutricional global;

VIII - avaliação da dor;

IX - materiais e equipamentos necessários para atendimento domiciliar;

X - avaliação individual da equipe multiprofissional que prestará a assistência; e

XI - enquadramento na Atenção Domiciliar, de acordo com os critérios técnicos da Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar, emitida pelo Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar - NEAD (Anexo A), em conjunto com o contexto social.

Parágrafo único. Para a autorização da admissão na Atenção Domiciliar, deverão ser considerados os critérios clínicos da Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar (Anexo A), em conjunto com o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD).

Art. 14. Caso conste no Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD), a solicitação de mais de 1 (uma) sessão de profissional especializado (médico, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta), a Unidade Gestora deverá autorizar, se aprovado o atendimento domiciliar, apenas 1 (uma) sessão para que o profissional indicado pela empresa possa avaliar e emitir parecer fundamentado a respeito da quantidade de sessões necessárias para reabilitação do paciente. Este parecer deverá ser analisado e juntado ao processo, para amparar a autorização das sessões indicadas pela empresa.

Art. 15. Verificada a pertinência do Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD), a Unidade Gestora deverá dar ciência ao paciente, ou ao responsável legal, realizando 1 (uma) reunião inicial, que será finalizada com a assinatura do Termo de Adesão ao serviço de Atenção Domiciliar, antes do início do atendimento.

§ 1º Por ocasião da reunião para a assinatura do Termo de Adesão, o enfermeiro auditor ou o enfermeiro militar da Atenção Domiciliar deverá transmitir as seguintes informações ao paciente, ou ao responsável legal, e à família do paciente:

I - as responsabilidades da família na execução do PTCD, uma vez que os profissionais de saúde transmitirão as orientações aos familiares ou ao responsável, para o sucesso do atendimento e da melhoria do estado de saúde do paciente;

II - os objetivos e as particularidades do tratamento;

III - as atribuições da equipe de Assistência da Atenção Domiciliar;

IV - as atribuições da Unidade Gestora do SSEx; e

V - as atribuições e os deveres do paciente, do responsável legal, e da família do paciente.

§ 2º O Termo de Adesão deverá ser assinado em duas vias, sendo uma anexada ao prontuário do paciente e a outra arquivada na Seção de Auditoria Médica ou na Seção de Atenção Domiciliar (SAD) da Unidade Gestora.

Art. 16. A implantação do atendimento domiciliar não é considerada urgência, devendo ser respeitada a apreciação de todos os requisitos e etapas do procedimento de admissão na Atenção Domiciliar, para evitar riscos, geração de conflitos e ocorrência de falhas técnicas e burocráticas.

Art. 17. Aprovados o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD) e a Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO), e de posse do Termo de Adesão, a Unidade Gestora ou o escalão superior emitirá a autorização para o início do atendimento.

Seção II
Da Execução da Atenção Domiciliar

Art. 18. O Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD) do paciente admitido deverá ser revisado mensalmente. Esta revisão deverá conter data e assinatura de cada profissional que acompanha o paciente.

Art. 19. A regulação da Atenção Domiciliar é realizada por meio de autorizações prévias divididas em duas modalidades:

I - prorrogações; e

II - complementares (intercorrências e aditivos).

Art. 20. A OCS deverá encaminhar mensalmente à Unidade Gestora a Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) referente à prestação do serviço da Atenção Domiciliar para o mês subsequente.

§ 1º A Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) deverá ser avaliada pelo Serviço de Auditoria em Saúde da Unidade Gestora e discutida com a OCS sobre os pontos relevantes do caso, para se chegar ao consenso em relação ao Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD).

§ 2º A Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) deverá contemplar os recursos humanos necessários, bem como os recursos materiais, incluídos os medicamentos para tratamento de patologias transitórias, as dietas, os dispositivos e os equipamentos que serão utilizados para o atendimento do paciente, de acordo com o estabelecido no Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD).

§ 3º A Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) não deverá contemplar medicamentos de uso contínuo para tratamento de doenças crônicas ou materiais de higiene pessoal.

§ 4º A autorização da Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) se dará por meio da assinatura e da aposição do carimbo do enfermeiro ou do médico da Seção de Auditoria Externa ou da Seção de Atenção Domiciliar (SAD) das Unidades Gestoras.

Art. 21. A autorização da Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) será válida dentro do mês estabelecido. Se houver necessidade de continuidade do tratamento domiciliar no mês subsequente, nova Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) deverá ser solicitada e aprovada.

Art. 22. As intercorrências clínicas que acarretem despesas extras deverão ser informadas, por meio de relatório médico e da apresentação de aditivo orçamentário, quando solicitado pela OCS. Caso sejam aprovados os aditivos de orçamentos pela Seção de Auditoria Externa ou pela Seção de

Atenção Domiciliar (SAD) das Unidades Gestoras, será autorizada a inclusão das despesas com as intercorrências no mês do atendimento.

Art. 23. Aos tratamentos contínuos deverão ser anexados, mensalmente, os relatórios dos profissionais da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente.

Parágrafo único. No caso de incoerência nos relatórios da equipe multiprofissional, a Seção de Auditoria Externa ou a Seção de Atenção Domiciliar (SAD) das Unidades Gestoras não autorizará ou autorizará parcialmente a prestação do atendimento ao beneficiário.

Art. 24. Para tratamento de lesões, por meio de curativos, deverá estar anexado o Relatório Padrão para Curativos da equipe especializada em lesão (Anexo N), preenchido pelo enfermeiro responsável.

§ 1º No Relatório Padrão para Curativos, deverão constar as seguintes informações: medidas e profundidade da lesão, presença ou não de infecção, comprometimento tecidual (estágio/grau), tipo de tecido encontrado, presença ou não de exsudato, e quantidade de materiais prescritos e utilizados, com a anexação dos registros fotográficos.

§ 2º Caso sejam necessárias trocas de curativos com frequência maior do que o especificado, as solicitações deverão ser justificadas por escrito pelo enfermeiro.

Art. 25. Caso seja necessário o uso de dieta ou suplemento especializado (enteral ou parenteral), deverão estar anexados ao Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD) a avaliação global nutricional do beneficiário, a prescrição, detalhando o volume, a forma de administração e os materiais a serem utilizados. A prescrição nutricional deverá ser homologada preferencialmente por nutricionista militar, por meio de visita periódica no domicílio. Na ausência do nutricionista, o pedido deverá ser homologado por médico militar.

Art. 26. A Seção de Auditoria Externa ou a Seção de Atenção Domiciliar (SAD) das Unidades Gestoras deverá realizar visitas periódicas mensais ao domicílio do paciente, para acompanhar a evolução do quadro clínico, verificar o atendimento pela equipe multiprofissional, a utilização dos equipamentos, dos materiais e dos medicamentos. Este documento deverá fazer parte do processo de solicitação de prorrogação.

Seção III
Do Término da Atenção Domiciliar

Art. 27. A Atenção Domiciliar termina na incidência dos seguintes motivos:

I - melhora do quadro clínico;

II - recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

III - não preenchimento de qualquer dos requisitos previstos nestas Normas;

IV - ausência do responsável pelos cuidados do paciente, durante a Atenção Domiciliar, comprovada pela equipe multiprofissional da OCS ou pela Unidade Gestora;

V - internação ou reinternação hospitalar devido à piora do quadro clínico;

VI - perda da condição de beneficiário do SSEx;

VII - obstaculização, por qualquer motivo, da equipe da Seção de Atenção Domiciliar (SAD) da UG de realizar as visitas periódicas para fins de acompanhamento do beneficiário no domicílio; e

VIII - óbito.

Art. 28. Na incidência dos motivos de término da Atenção Domiciliar, a OCS deverá notificar à Unidade Gestora a ocorrência da alta médica, por meio do encaminhamento do Relatório de Alta da Atenção Domiciliar, para a efetivação da exclusão do paciente da Atenção Domiciliar.

Parágrafo único. Em caso de reinternação do paciente, dar-se-á início a um novo Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD), após a alta hospitalar.

CAPÍTULO III
DAS OBRIGAÇÕES

Seção I
Do Beneficiário, Do Responsável Legal e Dos Familiares

Art. 29. Os equipamentos disponibilizados pela OCS para a Atenção Domiciliar não deverão ser manuseados sem autorização da equipe especializada.

Art. 30. Caberá ao beneficiário ou, ao responsável legal, ou à família do paciente zelar pela conservação dos equipamentos disponibilizados pela OCS para a Atenção Domiciliar.

Art. 31. O beneficiário, ou o responsável legal, ou a família assume total responsabilidade pelos equipamentos disponibilizados em seu domicílio, pela OCS, para o tratamento.

Parágrafo único. O paciente, ou o responsável legal, ou a família do paciente, responde pessoal e diretamente por quaisquer danos decorrentes do mau acondicionamento ou do manuseio por pessoa não autorizada, ou por qualquer tipo de avaria que não se dê em virtude do desgaste natural pelo uso do equipamento.

Art. 32. A disponibilização de equipamento deverá estar condicionada à verificação criteriosa e à assinatura de recibo pelo paciente, ou pelo responsável legal, ou por pessoa da família.

Art. 33. Os materiais e os medicamentos são de uso exclusivo do paciente, devendo ser prescritos por profissional responsável pelo tratamento.

Parágrafo único. A utilização dos materiais, medicamentos, gases medicinais, entre outros, deverá obedecer à prescrição do médico, e, no caso de necessidade de dieta ou de suplemento especializado, a utilização desses deverá obedecer à prescrição do médico ou do nutricionista.

Art. 34. A Unidade Gestora e a OCS estão isentas de responsabilidades por danos ocasionados ao paciente em virtude da automedicação ou da inobservância das orientações e das disposições contidas nestas Normas.

Art. 35. Não caberá reembolso de despesa com material ou com medicamento adquirido pelo paciente.

Art. 36. A aquisição, e as despesas decorrentes, de materiais de higiene pessoal, como fraldas, e de medicamentos de uso contínuo para tratamento de doenças crônicas ficam a cargo do paciente, do responsável legal ou da família do paciente.

Art. 37. Deverão ser devolvidos ao prestador contratado, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, os equipamentos, os materiais descartáveis e os medicamentos recebidos e não utilizados, quando determinado pela OCS ou por alta da Atenção Domiciliar.

Seção II
Da OCS Prestadora da Atenção Domiciliar

Art. 38. Cabe à OCS prestadora da Atenção Domiciliar elaborar o Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD), quando solicitado pela Unidade Gestora.

Art. 39. As prorrogações da Atenção Domiciliar deverão ser solicitadas e encaminhadas à Unidade Gestora, mensalmente, com o objetivo de dar continuidade à assistência prestada ao beneficiário para o próximo período. O encaminhamento deverá ocorrer previamente à execução do serviço, no mínimo 10 (dez) dias antes do mês a que se refere o PTCD, a fim de viabilizar a análise e a autorização em tempo oportuno.

Art. 40. É responsabilidade da OCS prestadora da Atenção Domiciliar:

I - promover a orientação continuada da família, ou do cuidador, para a assunção dos cuidados com o paciente e para a promoção do autocuidado.

II - orientar o cuidador para que as atividades, a serem executadas por este, sejam planejadas em conjunto com a equipe multiprofissional de apoio ao paciente e à família, para valorizar as ações relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do paciente;

III - elaborar o Relatório de Alta da Atenção Domiciliar, na incidência dos motivos previstos no Art. 26;

IV - gerenciar adequadamente os Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde gerados no atendimento domiciliar;

V - responsabilizar-se pela manutenção periódica e corretiva de todos os equipamentos disponibilizados para a Atenção Domiciliar ao beneficiário, incluída a troca imediata em caso de mau funcionamento do equipamento; e

VI - controlar a entrega de materiais, a permanência e as manutenções periódicas e corretivas dos equipamentos no domicílio do paciente.

Seção III
Da Unidade Gestora do SSEx

Art. 41. Cabe à Unidade Gestora do SSEx analisar e homologar previamente a PTO encaminhada pela OCS contratada, em confronto com as informações contidas no Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD), de acordo com as cláusulas contratuais vigentes, antes de encaminhá-la ao escalão superior para a análise e a autorização.

Art. 42. A Unidade Gestora não arcará com o fornecimento dos serviços, dos medicamentos e dos materiais relacionados a seguir:

I - medicamentos de uso contínuo para tratamento de doenças crônicas ou incuráveis;

II - medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para tratamento de doenças de notificação compulsória;

III - materiais de uso pessoal e de higiene, tais como fraldas e roupas de cama;

IV - equipamentos de uso pessoal da equipe multiprofissional e de proteção individual, tais como estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, oxímetro de dedo, luvas de procedimento, aventais, gorros, máscaras e glicosímetro;

V - alimentos;

VI - serviços de cuidador; e

VII - profissionais da saúde, caso o beneficiário esteja internado em unidade hospitalar.

Art. 43. As despesas que constam na Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) serão cobertas pelo SSEx somente no decorrer do período da Atenção Domiciliar.

Art. 44. A Seção de Auditoria Externa ou a Seção de Atenção Domiciliar (SAD) da Unidade Gestora realizará a análise das faturas e dos controles diários dos atendimentos dispensados ao paciente na Atenção Domiciliar, padronizados em contrato, conforme os anexos a seguir:

I - Anexo G: Controle de atendimento dos profissionais na Atenção Domiciliar;

II - Anexo H: Controle do atendimento da equipe de enfermagem de plantão na Atenção Domiciliar;

III - Anexo I: Controle de materiais e de medicamentos disponibilizados na Atenção Domiciliar; e

IV - Anexo J: Controle de fornecimento de fórmula nutricional industrializada (dietas ou suplementos especializados).

Art. 45. O controle de entrega dos materiais, medicamentos e dietas, bem como a manutenção periódica e corretiva dos equipamentos no domicílio do paciente, é de responsabilidade da OCS contratada.

Art. 46. Será glosada, total ou parcialmente, a remuneração dos serviços prestados, em desacordo com o contrato entre a OCS credenciada e a Unidade Gestora.

Parágrafo único. A cobrança de serviços não estabelecidos em contrato não será objeto de cobertura ou ressarcimento pelo SSEx.

Art. 47. A Unidade Gestora deverá registrar todas as comunicações com a família e com a OCS prestadora da Atenção Domiciliar.

Art. 48. Caso a equipe se depare com situações de vulnerabilidade social, a Unidade Gestora deverá acionar o seu Serviço Social, e, caso não disponha deverá acionar o Serviço Social da Região Militar (RM) de vinculação, para tomar as medidas cabíveis para o auxílio às demandas sociais da família.

Parágrafo único. As situações de vulnerabilidade social do paciente não constituirão requisitos para a admissão na Atenção Domiciliar.

CAPÍTULO IV
DAS PRESCRIÇÕES FINAIS

Art. 49. Os valores referentes a locações de equipamentos serão cobrados conforme o número de dias de atendimento na Atenção Domiciliar, podendo ser a cobrança diária ou mensal, conforme contrato vigente.

Art. 50. Os custos da prestação da Atenção Domiciliar deverão atender ao contrato vigente.

Art. 51. No valor das diárias deverão estar incluídos os valores dos seguintes serviços e materiais:

I - troca de roupa de cama e de banho do paciente;

II - cuidados e materiais de uso na desinfecção dos equipamentos e materiais;

III - administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição do médico e do nutricionista, como enteral, por sonda nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia e parenteral;

IV - cuidados de enfermagem, como administração de medicamentos por todas as vias; aspiração de secreção; monitoramento de suporte respiratório, como oxigenioterapia e nebulização; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; curativos de qualquer porte; controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do

paciente para procedimentos médicos; coleta de exames; preparo do corpo, em caso de óbito; manuseio da caixa para armazenamento de material perfurocortante e coleta desse lixo; demais atividades correlatas aos serviços de técnico ou de auxiliar de enfermagem; e

V - Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como luvas de procedimento não estéril, capas e aventais, óculos, máscaras descartáveis, protetores dos pés e toucas.

Art. 52. As despesas com medicações para tratamento de patologias transitórias serão pagas, conforme prescrição do médico, e, de acordo com o contrato vigente, desde que comprovado o uso. A prescrição deverá informar o início e o término do tratamento.

§ 1º Para efeitos do previsto no caput deste artigo, a prescrição médica deverá optar, preferencialmente, pelos medicamentos genéricos, excluindo-se a prescrição e a administração de medicamentos similares.

§2º A equipe da Seção de Auditoria Externa ou da Seção de Atenção Domiciliar (SAD), mediante visita domiciliar, deverá atestar o uso dos medicamentos prescritos, a pertinência da indicação e se há autorização prévia.

Art. 53. As despesas com os materiais descritos nestas Normas serão autorizadas, conforme estabelecido nos Anexos B e F, desde que previstas em contrato.

Art. 54. Não será pago o serviço de coleta de exames realizados pelos serviços terceirizados da OCS contratada.

Art. 55. As despesas com materiais descartáveis deverão ser justificadas, quando utilizados em quantidade superior à autorizada.

Art. 56. As despesas com coberturas especiais para tratamento de lesões, por meio de curativos, serão pagas, de acordo com a prescrição médica, ou prescrição de enfermeiro capacitado, após autorização prévia, e conforme estabelecido em contrato.

Parágrafo único. Caso sejam necessárias trocas de curativos com frequência maior do que previamente autorizadas, as solicitações deverão ser justificadas, por escrito.

Art. 57. As dietas enterais, suplementos especializados e os insumos para a administração deverão ser fornecidos, preferencialmente, pela Unidade Gestora.

§1º Na impossibilidade comprovada de fornecimento das dietas enterais e insumos pela Unidade Gestora, o fornecimento poderá ser feito pela OCS, mediante autorização prévia, de acordo com o contrato vigente.

§2º A autorização será precedida da análise do Plano de Atenção Nutricional (Anexos I, J, K e L) previsto nestas Normas, cabendo à equipe da Auditoria Prévia ou da Seção de Atenção Domiciliar (SAD) da Unidade Gestora a comprovação da real necessidade.

§3º O nutricionista, preferencialmente da Unidade Gestora, deverá monitorar, controlar e avaliar o uso das dietas enterais e dos suplementos especializados no domicílio do paciente, por meio de visitas periódicas, bem como propor alteração do plano, se for o caso.

Art. 58. Os fracionamentos de medicamentos poderão ser realizados e reavaliados durante auditoria, mediante justificativa emitida pelo médico, com observância das normas emitidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Art. 59. A UG FUSEx deverá prever, no edital de credenciamento, as orientações estabelecidas nestas normas.

Art. 60. Os casos omissos ou duvidosos verificados na aplicação destas Normas serão resolvidos pelo Chefe do Departamento-Geral do Pessoal, ouvida a Diretoria de Saúde.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.668/2003. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas, e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Diário Oficial da União, Seção I, p. 84. Brasília: 3 jun. 2003;

MINISTÉRIO DA DEFESA (Brasil). EXÉRCITO BRASILEIRO. Portaria nº 492 - Cmt Ex, de 19 de maio de 2020. Aprova as Instruções Gerais para o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar aos Militares do Exército, seus Dependentes e Pensionistas Militares - SAMMED (EB10-IG-02.031);

MINISTÉRIO DA DEFESA (Brasil). EXÉRCITO BRASILEIRO. Portaria nº 493 - Cmt Ex, de 19 de maio de 2020. Aprova as Instruções Gerais para o Fundo de Saúde do Exército - FUSEx (EB10-IG-02.032);

MINISTÉRIO DA DEFESA (Brasil). EXÉRCITO BRASILEIRO. Portaria nº 422 - DGP, de 19 de junho de 2008. Aprova as Instruções Gerais da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (IG 30-18);

MINISTÉRIO DA DEFESA (Brasil). EXÉRCITO BRASILEIRO. Portaria nº 048 - DGP, de 28 de fevereiro de 2008. Aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (IR 30-38);

MINISTÉRIO DA DEFESA (Brasil). EXÉRCITO BRASILEIRO. Portaria nº 117 - DGP, de 19 de maio de 2008. Aprova as Instruções Reguladoras da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (PASS) (IR 30-57);

MINISTÉRIO DA DEFESA (Brasil). EXÉRCITO BRASILEIRO. Nota Informativa nº 001 - D Sau, de 13 de outubro de 2011. Orientação para Assistência Médico-Hospitalar a ser prestada aos Ex-Combatentes, Pensionistas e seus Dependentes;

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº 2.529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde;

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº 2.043, de 12 de dezembro de 1994. Institui o Sistema de Garantia da Qualidade de produtos correlatos submetidos ao regime da Lei n° 6.360, de 27 de setembro de 1976, e do Decreto n° 79.094, de 5 de janeiro de 1977;

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas;

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2017;

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Brasília, 2010;

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em Terapia Nutricional. Vol. 3. 1ª edição. Brasília, 2015. p.84; e

Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar. NEAD. Caderno de Boas práticas. Fascículo II. Desospitalização. 2017.

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO A - Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar

Data da Avaliação: ______/_____/____

Nome do Paciente:____

Matrícula/ Prec/Cp: ____ Idade: ______________________

Diagnóstico Principal: ____

Diagnóstico Secundário: ____

Médico Assistente: ____C.R.M.:____________________

GRUPO 1 - ELEGIBILIDADE		
Elegibilidade ao Atendimento Domiciliar	SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?		
O domicílio é livre de risco?		
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?		
Se responder ´´**NÃO**`` a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.		

GRUPO 2 - CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR						
	Perfil de Internação Domiciliar					
	24 HORAS		12 HORAS		ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL		Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia		Não utiliza
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES		Mais de 5 vezes/dia		Até 5 vezes/dia		Não utiliza
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO		Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia		Não utiliza
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE		Mais de 4 vezes/dia				Até 4 vezes/dia
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), **considerar a maior complexidade assinalada**, ainda que uma única vez.						

GRUPO 3 - CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR								
ESTADO NUTRICIONAL	0	EUTRÓFICO	1	SOBREPESO/EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA/ JEJUNOSTOMIA	3	POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0	INDEPENDENTE	1	PARCIALMENTE DEPENDENTE	2	TOTALMENTE DEPENDENTE		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0	0 - 1 INTERNAÇÃO	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES		
ASPIRAÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES	0	AUSENTE	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA		

LESÕES	0	NENHUMA **OU** LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES **OU** ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS
MEDICAÇÕES	0	VIA ENTERAL	1	INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA *****	2	INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE		
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/DESORIENTADO	2	COMATOSO
				PONTUAÇÃO FINAL:		

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: ( ) **Curativos** ( ) **Medicações Parenterais** ( ) **Outros Programas**	De 12 a 17 Pontos	**Considerar Internação Domiciliar 12h**
De 6 a 11 Pontos	Considerar **Atendimento Domiciliar Multiprofissional** (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)	18 ou mais Pontos	Considerar **Internação Domiciliar 24h**

***** SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica. ****** Consulte ESCORE KATZ no verso. ******* Excluso medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes.

ESCORE DE KATZ				
ATIVIDADES	**Independência** **1 PONTO** (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)		**Dependência** **0 PONTO** (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)	
BANHAR-SE		BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.		NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.
VESTIR-SE		PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.		NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.
IR AO BANHEIRO		DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.		NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.
TRANSFERÊNCIA		SENTA-SE, DEITA-SE E LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.		NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU LEVANTAR-SE DA CAMA OU CADEIRA.
CONTINÊNCIA		TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).		É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.
ALIMENTAÇÃO		LEVA A COMIIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.		NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.
			PONTUAÇÃO KATZ:	

CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	PARCIALMENTE DEPENDENTE	< 2	TOTALMENTE DEPENDENTE

Assinatura e Carimbo:		Data:	____________/______/____

ANEXO A - Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 - Elegibilidade

a) Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.

b) Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo acesso ao paciente em situações de emergência.

c) Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede de assistência. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não deverão ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 - Critérios para indicação imediata de internação domiciliar

a) Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de internação domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 - Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

a) Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

i. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.

ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicações de medicações por via intramuscular ou subcutânea.

iii. 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermóclise.

b) Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada, segundo as questões do grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do grupo 3, para maior embasamento técnico.

c) No grupo 2, nos casos em que uma intervenção domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o grupo 3, para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.

d) A falta de indicação de internação domiciliar pelos critérios apontados no grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do grupo 3. Em todos os casos, o documento deverá ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO B - Artigos Utilizados na Atenção Domiciliar

O critério de autorização baseia-se na periodicidade de troca dos artigos, conforme as recomendações dos fabricantes e pautadas na literatura científica de referência. Esses critérios estão sujeitos às alterações, em caso de surgimento de novas conclusões decorrentes de estudos científicos. A autorização está vinculada à necessidade do uso.

<u>Literatura científica de referência</u>:

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Portaria nº 337, de 14 abril de 1999. Aprova o Regulamento Técnico para Terapia Nutricional. Brasília, 14 abr. 1999.

2. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2017.

3. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Brasília, 2010.

4. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 63 de julho de 2000, que dispõe sobre os requisitos mínimos para terapia nutricional enteral. Brasília, 2000.

5. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Caderno de Atenção Domiciliar. Cuidados em terapia nutricional. Vol 3. Brasília, 2015.

6. UNAMUNO, Maria do Rosário D. L. de; MARCHINI, Julio S. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, Ribeirão Preto, 35: 95-101, jan/mar. 2002.

<u>Artigos Utilizados na Atenção Domiciliar:</u>

1. **ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES:** será autorizado 1 (um) frasco de 500 (quinhentos) ml por dia e, em caso de micronebulização, 1 (uma) ampola de 10 (dez) ml por sessão.

2. **ATADURA DE CREPE:** será autorizada somente quando houver indicação. Não será coberto em caso de contenção no leito.

3. **CATETER PERIFÉRICO:** será autorizado 1 (um) cateter periférico a cada 72 horas quando confeccionado com teflon e, 96 horas, quando confeccionado com poliuretano, em adultos, desde que comprovada a troca.

4. **BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO:** será autorizada mediante a prescrição de sondagem vesical de demora. A troca da sonda deverá que ter justificada.

5. **BOLSA DE COLOSTOMIA:** será autorizada 1 (uma) a cada 7 (sete) dias, e, em caso justificado pelo enfermeiro.

6. **CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA:** será autorizada 1 (uma) por traqueostomia. A troca será autorizada somente em caso de obstrução ou se o balão furar. A descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.

7. **CATETER DE OXIGÊNIO:** será autorizado 1 (um) a cada sete dias.

8. **COLETOR PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA:** será autorizado 1 (um) por dia, desde que justificado.

9. **EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS FOTOSSENSÍVEIS:** será autorizado 1 (um) por droga/soro aplicada/dia utilizado, desde que haja indicação para o uso.

10. **EQUIPO (MACROGOTAS, MICROGOTAS), EXTENSOR E THREE-WAY (TORNEIRINHA) PARA INFUSÃO ENDOVENOSA:** será autorizado 1 (um) a cada 72-96h para medicamentos prescritos com infusão contínua; 1 (um) a cada 24 h para medicamentos prescritos com infusão intermitente; 1 (um) a cada 24 h para medicamentos com infusão de nutrição parenteral; 1 (um) a cada 24 h para infusão de emulsões lipídicas; 1 (um) a cada bolsa administrada de sangue e hemocomponentes. O sistema de infusão deverá ser trocado na suspeita ou confirmação de Infecção Primária da Corrente Sanguínea (IPCS).

11. **EQUIPOS PARA INFUSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL GRAVITACIONAL**. Será autorizado 1 (um) equipo a cada 24 horas, ou conforme protocolos definidos pelo Ministério da Saúde. Os equipos de nutrição enteral podem ser utilizados para administrar dietas e água.

12. **EQUIPOS PARA INFUSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL PARA BOMBA DE INFUSÃO:** Será autorizado 1 (um) a cada 24 horas, ou conforme protocolos definidos pelo Ministério da Saúde. Os equipos de nutrição enteral podem ser utilizados para administrar dietas e água.

13. **FRASCOS PARA INFUSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL:** Será autorizado 1 (um) frasco a cada 24 horas, ou conforme protocolos definidos pelo Ministério da Saúde. Os frascos de nutrição enteral podem ser utilizados para administrar dietas e água.

14. **FRASCO DE COLETOR URINÁRIO:** será autorizado 1 (um) a cada 7 (sete) dias. Fazer desinfecção diária com solução de hipoclorito de sódio (água sanitária).

15. **FILTRO VIRAL/BACTERIANO:** será autorizado 1 (um) a cada 48h-7 dias. A periodicidade da troca deverá ser justificada por meio da avaliação da secreção.

16. **GASTROSTOMIA:** será autorizada em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou do médico e justificativa. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

17. **GASTROSTOMIA TEMPORÁRIA:** será autorizada em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou do médico e justificativa. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

18. **LUVA ESTÉRIL**: será autorizada somente para procedimento estéril.

19. **MATERIAIS PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL:** serão autorizados 1 (uma) sonda, 1 (um) par de luvas de plástico e 1 (um) soro fisiológico ou água bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, até 6 (seis) por dia.

20. **SERINGA DE 60 ML e 20 ML (para lavar sondas enterais e administração de medicamentos):** será autorizada 1 (uma) a cada 7 (sete) dias para adultos e a cada 5 (cinco) dias, para pediatria. Fazer desinfecção diária.

21. **SONDA VESICAL DE DEMORA:** será autorizada troca desde que justificada, exemplo: em caso de obstrução, contaminação ou mau funcionamento. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Evitar manipulação e descontinuidade do circuito.

22. **SONDA NASOGÁSTRICA/ENTÉRICA:** será autorizada em caso de obstrução, contaminação e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou do médico. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

23. **SONDA DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL SISTEMA FECHADO:** será autorizada 1 (uma) a cada 72 (setenta e duas) horas ou quando houver sujidade ou em caso de mau funcionamento. Somente com justificativa clínica, ou seja, presença de secreção copiosa em pacientes com alto risco de hipoxemia ou na vigência de infecção por patógenos multirresistentes ou M*ycobacterium tuberculosis*.

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO C - Termo de Adesão para Inclusão na Atenção Domiciliar

1. Eu, ____CPF:_______________________, declaro que recebi todas as informações previstas na legislação vigente e determinadas pelas normas de funcionamento do SSEx, sobre o funcionamento da Atenção Domiciliar, a ser executado por Organização Civil de Saúde (OCS) credenciada.

2. Tive acesso ao Relatório de Avaliação Inicial, realizado por _________________________ ____________________________, e à Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO), realizada pela OCS credenciada e aprovada pela Unidade Gestora.

3. É de meu conhecimento o funcionamento e as características da Atenção Domiciliar, especialmente nos aspectos referentes às atividades desenvolvidas, necessidades de tempo dedicado a receber instruções e de seguir as recomendações feitas, bem como me responsabilizar pelo recebimento dos medicamentos, materiais, equipamentos e dietas necessários ao tratamento, fornecidos pela OCS credenciada ou, quando for o caso, dietas e insumos fornecidos pela Unidade Gestora.

4. Tenho conhecimento de que as definições das condutas e dos tipos de cuidados a serem incluídos na Atenção Domiciliar serão feitas pela OCS conveniada, de acordo com a cobertura contratual e as normas estabelecidas em legislação vigente.

5. É de meu conhecimento que devo solicitar à equipe multiprofissional o seu registro no Conselho de Classe o qual comprove a veracidade da sua formação profissional.

6. Tenho ciência de que o Sr.(a)____, Prec-CP ________________________poderá ser excluído da Atenção Domiciliar a qualquer momento, por critério volitivo do próprio ou do responsável, bem como sei que a Atenção Domiciliar poderá ser suspensa ou reduzida ao desmame pela OCS ou pela Unidade Gestora, conforme classificação dos critérios clínicos a partir da Tabela de Avaliação para Planejamento da Atenção Domiciliar (Anexo A).

Além da ciência das situações supracitadas, constituem outras situações que ensejam a exclusão da Atenção Domiciliar:

I - melhora do quadro clínico;

II - recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;

III - não preenchimento de qualquer dos requisitos previstos nestas Normas;

IV - ausência do responsável pelos cuidados do paciente, durante a Atenção Domiciliar, comprovada pela equipe multiprofissional da OCS ou pela Unidade Gestora;

V - internação ou reinternação hospitalar devido à piora do quadro clínico;

VI - perda da condição de beneficiário do SSEx;

VII - obstaculização, por qualquer motivo, da equipe da Seção de Atenção Domiciliar (SAD) da UG de realizar as visitas periódicas para fins de acompanhamento do beneficiário no domicílio; e

VIII - óbito.

7. Tenho conhecimento que, embora utilizando-se a Tabela de Avaliação para Planejamento da Atenção Domiciliar para a decisão de enquadramento do beneficiário para a admissão à Atenção Domiciliar, deverá ser também considerada a real necessidade de cuidados requeridos e a análise do enfermeiro e/ou médico militar.

8. Estou ciente de que o beneficiário com atendimento pela Atenção Domiciliar, cujo serviço é prestado por equipe multiprofissional sem o técnico de enfermagem, poderá ser atendido pela rede contratada do SSEx.

9. O beneficiário em processo de desmame, em que a Proposta Terapêutica Orçamentária (PTO) passa a abranger apenas dieta, deverá o seu responsável se responsabilizar pela aquisição do produto, visto que o objetivo da Atenção Domiciliar é fornecer assistência e não somente insumo.

10. Compreendo que o técnico de enfermagem no domicílio é um profissional exclusivo para o beneficiário, e que não faz parte das atividades do técnico exercer funções domésticas, tais como: limpar casa, cozinhar, lavar roupas ou prestar favores aos familiares.

11. A necessidade da presença do auxiliar/técnico de enfermagem é apenas para execução de procedimentos técnicos, tais como: administrar medicações por via parentais; manipular aparelhos ventiladores mecânicos; realizar curativos complexos, entre outros procedimentos. Realização ou apoio nas atividades de vida diária são cuidados que deverão ser realizados pelo Cuidador.

12. A ocupação de Cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código 5162-10, podendo ser exercida por um familiar ou pessoa contratada. Visa auxiliar o paciente em suas necessidades e nas atividades da vida cotidiana (vida diária). As principais atividades desempenhadas pelo Cuidador são auxílio no banho, na movimentação, na alimentação, nos cuidados de higiene, em se vestir e ir ao banheiro. No Programa de Atenção Domiciliar não existe previsão de Cuidador. Cabe à família arcar com os custos de uma eventual contratação, caso seja do interesse dos parentes responsáveis.

13. Beneficiário que se encontre sob os cuidados de clínicas geriátricas (residências geriátricas ou casas de repouso) são inelegíveis para o programa de Atenção Domiciliar. As clínicas geriátricas são estabelecimentos de saúde que contam com equipe de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta e outros profissionais) e cuidadores.

14. Beneficiário que necessite somente dos aparelhos (ex: CPAP, entre outros) para tratar a apneia do sono e diversas doenças respiratórias, deverão adquirir o equipamento por meio de requerimento junto à Unidade Gestora, excetuando-se para os beneficiários da PASS. Estes aparelhos não são fornecidos sozinhos em programa de Atenção Domiciliar.

15. Estou ciente que, caso haja exclusão do serviço de Atenção Domiciliar, devo devolver todo material, medicamento, equipamento e dietas à OCS conveniada que está prestando o serviço.

16. Estou ciente sobre qual conduta adotar em caso de necessidade de atendimento de urgência/emergência.

Informo que o cuidador indicado é o Sr.(a) ______________________________, RG n.º _________________________, CPF n.º ______________________________, _________________________ (grau de parentesco), que está ciente e de acordo com as incumbências desta indicação.

Tendo compreendido e concordado com todos os itens deste Termo de Adesão para inclusão na Atenção Domiciliar, assinam abaixo: beneficiário, representante legal ou familiar responsável, acima identificado.

____

Paciente ou responsável

Identidade Nr:
CPF:

<u>Anexar cópias:</u>

a. Carteira de Identidade do beneficiário; e

b. Cartão FuSEx/PASS/Ex Cmb do beneficiário /Comprovante de residência.

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO D - Relatório de Remoção de Paciente

FICHA DE REMOÇÃO DE PACIENTE	
NOME DO PACIENTE:________________________________DN:____/_____/_____ PREC - CP/ SIAPE/ CPF: ____	
MOTIVO DO DESLOCAMENTO: DOMICÍLIO/ HOSPITAL ( ) HOSPITAL/DOMICÍLIO ( ) OUTROS ______________________________	DATA DO DESLOCAMENTO: _____/______/_________
TIPO DE AMBULÂNCIA: UTI ( ) BÁSICA ( )	
ENDEREÇO DA ORIGEM: RUA:__________________________BAIRRO:_________ ______________CIDADE: _______________ HORA DA SAÍDA:____:____ HR KM INICIAL: ENDEREÇO DO DESTINO (OCS): RUA:__________________________BAIRRO:____________________ CIDADE: ________________ HORA DA CHEGADA: ____:_____ HR KM FINAL:	
KM RODADO: HORA PARADA:	
EQUIPE: CONDUTOR: ____ TÉCNICO DE ENFERMAGEM:______________________________COREN: _____________ ENFERMEIRO:_________________________________ COREN:_____________ MÉDICO:____________________________________ CRM: ______________	
EVOLUÇÃO DO PACIENTE: ____ ____ ____ ____ ______________________________ DATA DD/MM/AA: ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO E - Relatório Médico para Desospitalização

Caro(a) Doutor(a),

Para o planejamento da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, deverão ser consideradas as diversas modalidades disponíveis para suporte ao paciente no seu domicílio. Este formulário deverá ser preenchido nos casos em que haja necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar. É importante reforçar que somente os cuidados básicos e de suporte às atividades de vida diária (higiene, mobilização e alimentação por via oral ou enteral) não elegem o paciente para a Atenção Domiciliar.

Observações:

1. Caso o paciente receba alta sem a autorização do SSEx, poderá perder a elegibilidade para Atenção Domiciliar.

2. Havendo reinternação, nova solicitação deverá ser realizada para análise.

1	Nome do paciente: ______________________DN:____/____/______ Matrícula/Prec-Cp: ______________________ Endereço para atendimento: ______________________ Nome do responsável: ______________________ Telefone: ( ) ______________________									
2	Cuidado Domiciliar Prévio:			Sim						
				Não						
3	Tempo previsto para Atenção Domiciliar:		Data prevista para alta hospitalar: ____/____/____							
4	Possui Cuidador identificado?			Sim						
				Não						
5	Diagnósticos:									
6	Antecedentes:									
		Demência		Parkinson		Alzheimer		IRC Dialítica		IRC Não Dialítica
		AVCi		AVCh		DM		HAS		ICC
		IAM		DPOC		Asma		Fibrose Pulmonar		
		Outro(s):								
7	Estado clínico atual:									
8	Grau de Atividade de Vida Diária:									
		Totalmente dependente				Parcialmente dependente				Independente

9	Recursos Humanos sugeridos:							
		Enfermagem		Nutrição				Médico
		Fisioterapia Respiratória		Fisioterapia Motora				Fonoterapia
		Outro Profissional:						
10	Suporte Ventilatório:		Aspiração de Vias Aéreas _____ x/dia		Traqueostomia			
			Ventilação Mecânica		Cateter Nasal			
			Oxigênio: ________1/min		Intermitente		Contínuo	
			BIPAP:		Intermitente		Contínuo	
			Nebulização:		Intermitente		Contínuo	
11	Terapia Nutricional:		SNE/SNG/Oral		NPT			
			Gastrostomia		Jejunostomia			
		Em caso de dieta especializada (indicar a dieta, volume e modo de administração): ______________________________ Justificar:______________________________ ______________________________						
12	Suporte Terapêutico Relevante para Continuidade:	Medicação:						
		Via de administração:						
			Intramuscular		Intravenosa		Via oral		Outros:
		Dose prescrita:						
		Frequência:						
		Acesso Venoso:		Periférico		Central		Outros:
		Data Início: ____/____/____			Data Término: ____/____/____			
			SVA intermitente ____ x/dia		SVD		Diálise Peritonial	
			Cistostomia		Ileostomia		Colostomia	
		Necessita Curativos:			Sim		Não	
		Local dos curativos:						
		Características da lesão:						
		Materiais de uso para curativos:						
13	Necessita Remoção:		Condução Própria		Ambulância Simples		Ambulância UTI	
Observações:								
Data _____/_____/_____ Médico (Carimbo e CRM legível)								

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO F - Materiais Não Cobertos e Não Financiados pelo SSEx

Absorvente Higiênico.
Abaixador de língua.
Forração ortopédica para prevenção de escaras (coxim).
Água oxigenada.
Algodão.
Aparelho para barbear/tricotomia.
Aquecedor e manta térmica.
Bacia plástica.
Band-aid.
Blusas descartáveis.
Bolsa de água quente.
Odorizador de ambiente.
Borracha para aspirador.
Cadeira de apoio para banho.
Cânula de Guedel.
Cinta lombar.
Clorohex.
Colar cervical.
Colete lombar.
Combi-red (tampa para soro).
Compressa cirúrgica.
Conexão para aspiração, bomba e pressão.
Conector.
Copo descartável.
Cotonete.
Creme dental.
antissépticos em geral (**Dermoidini, Gehm-hand, Esterilderm**, álcool iodado).
Dispositivo anti-trombolítico.

Escova de degermação.
Escova de dente.
Escova para assepsia das mãos.
Esponja para banho.
Estabilizador de tornozelo.
Éter benzina e tintura de iodo.
Faixa elástica pós-operatória.
Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas.
Filtro respirador.
Fiso-Hex.
Fixador de tubo traqueal.
Fixador externo.
Formol.
Frascos para exame.
Fraldas descartáveis.
Gaze radiopaca.
Gesso sintético.
Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças.
Imobilizador.
Lâmina para tricotomia.
Látex extensor de O2.
Lençol descartável.
Manta.
Manteiga de cacau.
Máscara laríngea.
Meia elástica.
Meia, cinta, atadura e calça elástica.
Muletas.
Pasta gel.
Pijama descartável.
Plug adaptador macho.
Sabonete.
Sensor para oxímetro.
Termômetros.
Tipóias.
Toalha descartável.

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO G - Controle de Atendimento dos Profissionais na Atenção Domiciliar

Mês: ____

Nome do Paciente:____

Prec - CP / SIAPE/ CPF: ____

Nome do Profissional (*)	Data	Assinatura do Paciente/Responsável

(*) Preencher uma planilha para cada especialidade de atendimento, inclusive, médico, supervisão de enfermagem e outros. A ausência do carimbo implicará em não aceitação do documento.

(*) O preenchimento da planilha não substitui a necessidade de evolução do paciente em prontuário, devendo constar nos registros em prontuário, além das condições do paciente e as intervenções realizadas, a data, a hora, o carimbo e a assinatura do profissional.

____

Assinatura do Profissional/Carimbo

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO H - Controle de Atendimento da Equipe de Enfermagem de Plantão na Atenção Domiciliar

Mês: ____

Nome do Paciente:____

Prec - CP / SIAPE/ CPF: ____

Nível de Complexidade	Início do Turno	Término do Turno	Tipo do Turno	Nome do Profissional	Assinatura do Profissional/ Carimbo	Assinatura do Paciente
Plantão_____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	diurno			
Plantão_____ hs	___/___/___ - _____ hs	___/___/___ - _____ hs	noturno			

(*) O preenchimento da planilha não substitui a necessidade de evolução do paciente em prontuário, devendo constar, nos registros em prontuário, além das condições do paciente e as intervenções realizadas, a data, a hora, o carimbo e a assinatura do profissional.

____

Assinatura do Supervisor de Enfermagem/Carimbo

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO I - Controle de Materiais e de Medicamentos Disponibilizados na Atenção Domiciliar

Mês: ____

Nome do Paciente: ____

Prec - CP / SIAPE/ CPF: ____

Descrição do Material/Medicamento	Nº Registro ANVISA	Lote	Validade	Qtd	Data da entrega

____
Assinatura do Paciente/Responsável

(*) O controle de entrega dos materiais e dos medicamentos deverá ser auditado pela Unidade Gestora em visita no domicílio.

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO J - Controle do Fornecimento de Fórmula Nutricional Industrializada na Atenção Domiciliar (Dietas ou Suplementos Especializados)

Mês: ____

Nome do Paciente: ____

Prec - CP / SIAPE/ CPF: ____

Descrição (Nome da fórmula)	Nº Registro ANVISA	Lote	Validade	Qtd	Data da entrega

____

Assinatura do Paciente/Responsável

(*) O controle de entrega das dietas e dos suplementos especializados deverá ser auditado pela Unidade Gestora em visita no Domicílio.

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO K - Termo de Responsabilidade do Beneficiário ou do Responsável Legal para Recebimento das Fórmulas Nutricionais Industrializadas (Dietas ou Suplementos)

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Mês: ____

Nome do Paciente: ____

Prec - CP /SIAPE/CPF: ____

2. INFORMAÇÕES DO TERMO

a. A Periodicidade de acompanhamento pela nutricionista será ___________________________________;

b. As fórmulas nutricionais devem ser fornecidas de acordo com suas especificações técnicas e não pelos nomes comerciais prescritos, podendo durante o tratamento apresentar nomes comerciais diferentes, porém com garantia de similaridade;

c. É proibida a comercialização ou a doação das fórmulas nutricionais recebidas;

d. As fórmulas nutricionais industrializadas serão fornecidas com periodicidade de_________________; e

e. Tenho ciência de todos os critérios de quantificação do fornecimento de fórmulas nutricionais industrializadas, critérios de alta, critérios de exclusão.

____

Assinatura do beneficiário/Responsável

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO L - Relatório para Indicação, Avaliação e Monitoramento Nutricional do Beneficiário em Terapia Nutricional no Domicílio

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Mês: ____

Nome do Paciente: ____

Prec - CP / SIAPE/ CPF: ____

2. HISTÓRIA CLÍNICA

____
____
____

3. DOENÇA DE BASE

____
____

4. DOENÇAS CRÔNICAS ASSOCIADAS

____
____

5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

- Peso (kg) - (real, estimado ou referenciado) _________________________________
- Estatura (cm) - (real, estimada ou referenciada) ______________________________
  Percentual de perda de peso nos últimos 6 meses _______________________________
- Diagnóstico nutricional ____
- Função gastrointestinal ____
- Diurese ____
- Periodicidade de reavaliação nutricional ____________________________________

6. ALIMENTAÇÃO VIA ORAL

Presente:		Sim		Não
Data do início da TN ______/______/______				
Consistência:				
Número de refeições:				
Suplementação:				
Alteração do apetite (relatar):				
Mastigação/deglutição (relatar):				
Intolerâncias e alergias alimentares (relatar):				
Alterações de conduta (relatar):				
Data das alterações de conduta:				
Valor energético total ingerido (Kcal/dia):				
Proteína ingerida (g/dia):				
Líquido ingerido (ml/dia):				
Duração da terapia nutricional via oral:				
Intercorrências:				

7. INDICAÇÃO DE TERAPIA ENTERAL ESPECIALIZADA

Indicação permanente:				
Portador de Erros Inatos do Metabolismo (EIM)		Sim		Não
Portador de Síndrome do Intestino Curto		Sim		Não
Indicação temporária: (deverá informar o início e a previsão de alta da TNE)				
Alergia à proteína do leite de vaca (se crianças menores de dois anos)		Sim		Não
Desordens metabólicas (ex: fibrose cística)		Sim		Não
Doenças do sistema digestório (ex: doenças inflamatórias intestinais, algumas situações da Síndrome do Intestino Curto)		Sim		Não
Neoplasias		Sim		Não
	Se sim, qual? ______________________			

Doenças cardíacas (insuficiência cardíaca, endocardites, miocardites)		Sim		Não
Doenças do sistema geniturinário (ex: insuficiência renal, doenças glomerulares)		Sim		Não
Doenças do sistema nervoso (ex: esclerose lateral amiotrófica - ELA)		Sim		Não
Paralisias cerebrais		Sim		Não
Transtornos mentais e comportamentais		Sim		Não
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (ex: artrite reumatóide)		Sim		Não
Desordens extrapiramidais e de movimento (ex: Doença de Parkinson)		Sim		Não
Doenças cerebrovasculares (ex: acidente vascular encefálico - AVE)		Sim		Não
Doenças crônicas do sistema respiratório (ex: doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC)		Sim		Não
Síndrome da imunodeficiência adquirida - AIDS		Sim		Não
Outras (justificar):				
Aspectos laboratoriais:				

8. **VIA ALTERNATIVA**

Presente		Sim		Não
Tipo de fórmula (industrializada, com alimentos, com módulos, mista): ____ ____				
Características da fórmula:				
Via de acesso/localização (sonda ou ostomia):				
Fracionamento:				
Modo de administração (bolus, gravitacional, bomba de infusão) e volume:				
Modo de infusão (contínua ou intermitente):				

Limpeza da sonda (água/ml):
Valor energético total ingerido (Kcal/dia): Proteína ingerida (g/dia): Líquido ingerido (ml/dia):
Duração da terapia nutricional enteral:
Intercorrências:

Referência: Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar: Cuidados em terapia nutricional Vol. 3. Brasília,2015.

Data da avaliação
Assinatura e carimbo do profissional

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO M - Plano Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD)

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome ____ DN: ___/___/____
PREC CP/SIAPE/CPF: ____
Telefone de contato____
Endereço____
Cuidador ou Responsável: ____

2. RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

____
____

a. DIAGNÓSTICO E DOENÇAS DE BASE

____

3. MEDICAMENTOS EM USO (MEDICAMENTO, DOSE, HORÁRIO, TEMPO DE TRATAMENTO)

____

4. EXAME FÍSICO

____
____

5. DESCREVER SE HÁ OU NÃO NECESSIDADE DE SUPORTE (exemplo: suplementação de oxigênio e modo, VM, TQT, GTT entre outros)

____
____

(*) Cada profissional da equipe multiprofissional (médico, fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional) deverá elaborar um relatório com a devida justificativa quanto à necessidade de seu atendimento em domicílio.

____
Profissional responsável /assinatura e carimbo

(BRASÃO DAS ARMAS)

MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CABEÇALHO DA OM

ANEXO N - Relatório Padrão de Curativos

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome ____
Prec - CP /SIAPE/CPF:____ DN: ___/___/____
Telefone de contato____
Endereço____
Cuidador ou responsável:____

2. CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO

a. LOCALIZAÇÃO: ____

b. ESTÁGIO:

	Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece
	Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme
	Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total
	Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular
	Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível
	Tissular Profunda: Coloração vermelho-escuro, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece

c. TIPOS DE TECIDO ENCONTRADO

Granulação:	( ) % ________________
Necrose de Liquefação (esfacelo):	( ) % ________________
Necrose de Coagulação (escara):	( ) % ________________
Exposição de tendões e fáscia muscular:	( ) % ________________
Exposição óssea:	( ) % ________________

d. **AVALIAÇÃO DE INFECÇÃO E QUANTIDADE DE SECREÇÃO**

	Infecção leve:
Presença de duas ou mais manifestações de infecção, porém a área de eritema ao redor é menor ou igual a 2 cm e a infecção é limitada à pele ou ao tecido subcutâneo. Não existem outras manifestações de complicação local ou sintomas sistêmicos.	
	Infecção moderada:
Infecção que apresenta ao menos uma das seguintes características: celulite/eritema maior do que 2 cm, presença de linfangite, acometimento de fáscia superficial, abcesso em tecido profundo, envolvimento de tendão e musculatura	
	Infecção grave:
Paciente com sintomas de toxidade sistêmica ou instabilidade metabólica (como febre, calafrio, taquicardia, hipotensão, confusão, vômitos, leucocitose, acidose, hiperglicemia grave).	

e. **MEDIDAS DA LESÃO (tamanho e profundidade)**

____

____

f. **REGISTRO FOTOGRÁFICO (anexos)**

____

____

g. **CUIDADOS COM A FERIDA (descrição dos materiais, quantidades e periodicidade de troca)**

____

____

h. **Observações:**

____

____

____

Assinatura/Carimbo do Enfermeiro e data da avaliação